CANDIDATURE A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Section de Thérapeutique)

SUPPLÉMENT

A

L'EXPOSÉ DES TITRES

DU

Dr DESNOS

MÉDECIN DE L'HOPITAL DE LA CHARITÉ
ANCIEN SECRÉTAIRE GÉNÉRAL ET PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE, DE LA SOCIÉTÉ CLINIQUE
DE LA SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS
ANCIEN MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

PARIS

TYPOGRAPHIE GASTON NÉE

1, RUE CASSETTE, 1

1892

N° 96. — 1883. — *Sur les différents degrés d'altérations anatomiques des cordons médullaires postérieurs, considérés dans leurs rapports avec la curabilité de l'ataxie locomotrice.*

(*Communication à la Société médicale des Hôpitaux, séance du* 13 *juillet* 1883.)

A l'occasion d'une discussion à la Société dans laquelle M. Debove avait fait valoir contre l'opinion favorable à la possibilité de la curabilité de l'ataxie locomotrice que, dès le début, on trouvait des lésions plus ou moins avancées, dont il avait rendu témoin M. Fournier et devant être considérées comme irréparables, j'ai cherché à démontrer que dans des cas exceptionnels, il est vrai, les lésions pouvaient être assez superficielles, bornées sans doute à des phénomènes congestifs, pour être susceptibles de guérison. J'en apportais deux preuves : l'une d'ordre anatomo-pathologique, l'autre d'ordre clinique et thérapeutique. La première était relative à un ataxique mort de variole dans mon service et chez lequel la moelle non seulement à l'œil nu, mais encore à un examen histologique pratiqué au laboratoire de la Faculté de médecine par M. Cadiot, ne montra que des phénomènes d'ordre congestif, et par conséquent susceptibles de guérison. J'avais donné cette observation à M. Gubler, qui préparait, lorsque la mort le surprit, un travail ayant pour hut de démontrer cette proposition.

La seconde était relative à un jeune homme présentant les signes indéniables de l'ataxie locomotrice et précédemment atteint de syphilis. Je le soumis à un traitement mixte par le protoiodure de mercure, et l'iodure de potassium à assez haute dose, et au bout de quelques semaines, on pouvait le considérer comme guéri. Toutefois, je faisais remarquer qu'il y avait trop peu de temps que les phénomènes morbides avaient disparu pour que je commisse l'imprudence de présenter la guérison comme définitive. Mais depuis cette époque, j'ai vu à plusieurs reprises ce jeune malade, la guérison persiste.

N° 97. — 1883. — *Compte rendu des travaux de la Société médicale des Hôpitaux pour 1882.*

(*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 1882.)

N° 98. — 1885. — *De la paraldéhyde. Note lue à l'Académie de médecine.*

(*Bulletin général de Thérapeutique, numéro du 30 juillet* 1885.)

La paraldéhyde, qui au point de vue chimique peut être considérée comme une triple aldéhyde, semblait *à priori* devoir partager les propriétés de celle-ci, son action sur les centres cérébro-spinaux, agir dans le même sens pour modifier les centres nerveux, combattre certains accidents qui relèvent des anomalies de son fonctionnement et notamment l'insomnie, seulement l'aldébyde et un de ses composés, l'aldébydate d'ammoniaque constituent un toxique puissant, d'après les recherches de MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé. Autrement en est-il de la paraldébyde dont l'action locale est moins irritante, dont les propriétés toxiques sont beaucoup moindres, dont le maniement est plus facile et qui peut être introduite dans l'organisme par la cavité buccale, ce qui est impossible pour les deux précédents produits. Malgré les travaux multiples dont cette substance a été l'objet, soit à l'étranger, soit en France, et notamment les recherches de M. Dujardin-Beaumetz et de son élève M. Coudray, la plupart de ceux qui en étaient les auteurs accusaient dans l'histoire clinique de la paraldéhyde, des lacunes des désidérata qui m'ont engagé à l'étudier à mon tour. Mes études ont eu pour base trente-huit observations. J'ai indiqué la formule, les propriétés physiques et chimiques de la paraldéhyde, les meilleurs modes de préparations pharmaceutiques pour son administration, la nécessité de veiller à la pureté du produit, qui par son mélange avec d'autres substances, et entre autres, avec l'amylaldéhyde, corps essentiellement vénéneux, pourrait devenir dangereux.

Les expériences sur les animaux montrent que la paraldéhyde en injections hypodermiques, agit d'abord sur le cerveau, sur sa substance grise particulièrement. Les premiers phénomènes

observés sont ceux de l'ivresse, dont le sommeil, parfois précédé d'une agitation faible ou violente, est une des principales manifestations. Si on élève davantage les doses, le sommeil de plus en plus profond se transforme en coma, la sensibilité diminue pour disparaître et faire place à une anesthésie complète. Le bulbe et la moelle sont impressionnés à leur tour. Le pouvoir excito-moteur de celle-ci s'affaiblit, et les réflexes s'atténuent; comme conséquence de cette diminution des réflexes, les mouvements respiratoires subissent graduellement un ralentissement notable. Il est important de noter que quel que soit le mode d'introduction de ce corps dans l'organisme, il s'élimine incessamment, rapidement et presque exclusivement par les poumons, ainsi que le démontre l'odeur caractéristique de l'haleine.

Cette rapidité d'élimination a une grande portée pour la thérapeutique, en nous garantissant contre les dangers de l'accumulation.

J'ai administré le médicament à trente-huit malades. Les doses ont varié de 2 à 3 et 4 grammes.

J'ai eu quelques insuccès, c'est-à-dire que les malades ont à peine dormi, ou n'ont pas dormi du tout. Cette inertie absolue de la paraldéhyde a, toutefois. été l'exception.

Comme analgésique, la paraldéhyde n'a qu'une valeur très secondaire. La diaphorèse peut être un résultat de son administration. Cet effet n'avait pas été mentionné par les observateurs qui m'ont précédé. Jusqu'ici, on n'avait pas résolu la question de l'opportunité de l'emploi de la paraldéhyde dans les maladies fébriles. Mes recherches me permettent d'en donner la solution. Je n'ai jamais vu que la fièvre ou les maladies qui la tenaient sous leur dépendance fussent fâcheusement influencées par elle; mais ce n'est pas un anti-thermique.

En résumé, la paraldéhyde est un hypnotique qui, malgré quelques inconvénients qu'il est souvent possible de conjurer, mérite d'occuper en thérapeutique une place importante entre l'opium et le choral.

Un antagonisme remarquable entre la paraldéhyde et la strychnine, établi par les expériences sur les animaux de MM. Dujardin-Beaumetz et Coudray permet d'espérer que l'empoisonnement par la noix vomique et la strychnine trouverait dans le paraldéhyde un véritable antidote, si elle pouvait être donnée assez tôt.

N° 99. — 1885. — *De la valeur des pulvérisations de chlorure de méthyle dans le traitement de la sciatique.*

(*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 1885.)

Dans la séance du 9 janvier, je disais : Depuis que notre collègue, M. Debove a préconisé ici-même le traitement de la névralgie sciatique par les pulvérisations de chlorure de méthyle, on a beaucoup expérimenté ce procédé, et je pense qu'il serait dès maintenant intéressant de faire connaître les résultats obtenus, afin de fixer la valeur thérapeutique de ces pulvérisations et j'apportais des observations dont deux très favorables. Ma communication devint le point de départ d'une discussion, au cours de laquelle je faisais remarquer qu'on ne saurait attendre des résultats identiques des pulvérisations de chlorure de méthyle contre la simple névralgie sciatique ou les sciatiques névrites symptomatiques d'une lésion plus ou moins grave du bassin, du rachis ou des organes pelviens.

N° 100. — 1885. — *Gommes syphilitiques de l'hémisphère cérébral droit ayant donné lieu à des symptômes de paralysie générale, sans paralysies localisées.*

Observation avec présentation de pièce anatomique et examen histologique qui démontre absolument la nature syphilitique des tumeurs. Celle-ci avait été diagnostiquée pendant la vie. Mais le diagnostic dépourvu de renseignements par suite de l'état mental du malade, n'ayant pour base qu'une cicatrice sur le nez et l'écrasement de celui-ci par la destruction de la cloison, fut hésitant et ces hésitations retentirent peut-être sur le traitement dont l'énergie insuffisante a pu contribuer à un échec. Ce fait offre l'intérêt qui s'attache à la production de gommes syphilitiques du cerveau dont la nature est indéniable, et à un exemple de tumeurs cérébrales qui n'ont pas donné lieu à des paralysies localisées, mais à un ensemble de symptômes offrant une grande analogie avec ceux de la paralysie générale.

(*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 1885.)

N° 101. — 1885. — *Localisations cérébrales ; monoplégie du membre inférieur droit ; diagnostic d'une méningite de la partie supérieure*

de la circonvolution pariétale et du lobule paracentral du côté gauche chez un tuberculeux; méningite démontrée par l'autopsie. (Présentation de pièce anatomique.)

(*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 1885.)

N° 102. — 1885. — *Des fractures de côtes indépendantes du traumatisme.*

(*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 1885.)

Les hasards de la clinique m'ont fait observer à peu de distance l'un de l'autre deux exemples d'une affection rare, la fracture de côtes indépendante du traumatisme, c'est-à-dire produite par action musculaire. J'ai pris occasion de ces observations pour présenter à la Société une histoire de ces sortes de fractures dont M. Hérard l'avait déjà entretenue en 1853. J'ai montré leur étiologie. La cause déterminante est presque toujours une quinte de toux. Tandis que les fractures de côtes traumatiques sont plus fréquentes chez les hommes, la proportion est renversée pour les fractures par effort. Sur dix-sept cas, on trouve sept cas seulement chez les hommes et dix chez les femmes. Chez celles-ci, la grossesse paraît jouer un rôle important. On doit tenir compte aussi, parmi les causes prédisposantes, de l'ostéoporose décrite par Freund chez des sujets qui succombent avec de l'emphysème. J'ai insisté sur le mécanisme d'après lequel elles se produisent, sur la bénignité du pronostic et sur la simplicité des moyens à mettre en usage pour obtenir une guérison rapide. C'est que dans ces fractures spontanées, on ne trouve pas ces grands ébranlements de l'organisme, ces délabrements de la plèvre et du poumon, ces emphysèmes pulmonaires intervésiculaires qui peuvent être le triste apanage des fractures traumatiques et surtout de celles qui sont dues à des causes directes.

N° 103. — 1886. — *De la rubéole (les rœtheln des Allemands).*

(*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 1886.)

A l'occasion d'un Mémoire sur une épidémie de rubéole observée à Lille par M. Desplats, j'ai présenté quelques observations et établi mieux que ne l'a pu faire M. Desplats qui a

étudié une épidémie fruste, les caractères cliniques de la maladie. J'ai montré qu'avant le Mémoire de M. Desplats, la rubéole ou roséole était, malgré ses assertions, reconnue en France comme espèce morbide distincte. M. Jaccoud l'avait admise; en 1884 et 1885, l'*Union médicale* avait publié une série d'articles et notamment un Mémoire de fond sur ce sujet; un autre de M. le médecin principal Dagat. Si les publications sur ce point sont plus nombreuses en Allemagne qu'en France, cela vient de ce que la rubéole, selon la judicieuse remarque de M. Desplats, est une maladie de nationalité ou de race, et beaucoup plus fréquente en Allemagne qu'en France. J'ai montré, d'après mes lectures et mes propres observations, que l'éruption n'est pas seulement morbiliforme, mais encore scarlatiniforme, de telle sorte que le polymorphisme est un de ses caractères dominants; en même temps que de nombreuses adénopathies, presque indolentes, siègeant de préférence au cou et aux aines, rappelant tout à fait les adénopathies de la seconde période de la syphilis, constituent à la rubéole ou roséole une individualité propre et lui assignent une place à part en nosologie. La coïncidence des adénopathies et des éruptions peuvent la faire confondre avec la roséole syphilitique, ainsi que je l'ai vu faire par des cliniciens très distingués. Enfin, mes recherches thermométriques m'ont permis d'affirmer que cette maladie est beaucoup moins souvent apyrétique qu'on a bien voulu le dire, puisqu'on peut enregistrer pendant son cours, des températures s'élevant au-dessus de 39 degrés.

N° 104. — 1886. — *Étude sur quelques nouveaux purgatifs.*

(*Bulletin général de Thérapeutique, numéro du* 30 *janvier* 1886.)

Dans un savant Mémoire, publié il y a un certain nombre d'années, mon regretté maître, M. Noël Gueneau de Mussy nous avait fait connaître les résultats des recherches du Dr Rutherford, d'Édimbourg, sur les propriétés cholagogues et purgatives d'un grand nombre d'agents médicamenteux. Il avait étudié ces différents médicaments en mesurant la quantité de bile rendue par des chiens auxquels il les injectait dans le duodénum. Il recueillait ce liquide à l'aide de fistules biliaires établies par une méthode qui lui était propre. Mais un contrôle clinique

de ces expériences était réclamé par M. Gueneau de Mussy et par le physiologiste écossais lui-même; car, quel que soit l'intérêt qui s'attache à la médecine expérimentale, il n'est pas possible de conclure rigoureusement des effets obtenus chez les animaux à ceux qui peuvent se produire chez l'homme, ni même de ceux qu'on obtient chez l'homme sain à ceux qui peuvent se produire chez l'homme malade.

Par exemple, le calomel qui, d'après les expériences sur les chiens, n'est pas ou n'est que peu cholagogne, jouit d'une notoriété absolument fondé relativement à la propriété de provoquer la sécrétion de la bile. C'est ce qu'a fait remarquer avec raison M. Dujardin-Beaumetz.

C'est ce contrôle clinique que j'ai cherché à établir pour quatre substances jusqu'ici peu usitées en thérapeutique et que j'ai dues à l'obligeance de M. Constantin Paul qui, dans le but de se placer dans les mêmes conditions que celles où opérait Rutherford, les avait fait venir directement d'Édimbourg. Ces substances sont le baptisin, le sanguinarin, le juglandin et le phytolaccin.

Toutes les quatre se présentent sous la forme de poudre d'un brun foncé avec quelques nuances peu accusées. Toutefois, le sanguinarin a une couleur légèrement rougeâtre qui le distingue des autres. Je les ai administrées en pilules non argentées.

Le nombre de mes expériences se rapporte à quarante-huit malades.

Les quatre substances dont je me suis servi ont ce caractère commun, je ne saurais trop insister sur ce point, de présenter une grande innocuité à l'égard de l'estomac. Presque jamais non plus elle n'ont donné lieu à des coliques en dehors de circonstances exceptionnelles, telles que l'évacuation de fèces indurées et accumulées depuis longtemps dans l'intestin.

Le baptisin, matière résineuse obtenue en précipitant par l'eau la teinture alcoolique du *baptisia tinctoria* ou indigo sauvage, s'est montré d'ordinaire un purgatif assez fidèle et d'ordinaire aussi notablement cholagogue.

Le sanguinarin, extrait résineux aussi, tiré du *sanguinaria canadensis*, appartenant aux papavéracées, prouve combien il est nécessaire de contrôler les donnéesde la médecine expérimentale par la clinique. Cette substance que le D[r] Rutherford considère comme excitant la sécrétion du foie en la rendant plus

aqueuse, et en même temps comme purgative, n'a presque jamais donné que des résultats négatifs, même en l'administrant à des doses beaucoup plus élevées que celle qu'on conseille d'habitude.

Le juglandin, fourni par le *juglans cinerea* ou noyer de l'Amérique du Nord, de la famille des juglandées, extrait résineux également, tiré de l'écorce interne de cet arbre, possédant des propriétés sensiblement les mêmes que celles du baptisin, aux doses de 10 à 20 centigrammes, peut donner des selles abondantes, sanglantes, glaireuses, dysentériformes, accompagnées de légères coliques. Il y a donc quelques précautions à prendre dans le maniement du juglandin, et il ne faut pas le considérer, d'une manière aussi absolue que Rutherford, comme un laxatif doux, agissant sans irritation et sans coliques.

Le *phytolacca decœndra,* belle plante de l'Amérique septentrionale, appartenant à la famille des phytolaccées, fournit le phytolaccin, qui est un extrait. Ce produit m'a semblé supérieur aux précédents. A la dose de 10 à 20 centigrammes, il ne laisse que peu de place aux insuccès; il provoque des selles faciles, abondantes, contenant une certaine quantité de bile. Plus souvent aussi qu'avec les autres médicaments, on voit survenir la régularisation des selles; et son action s'use peut-être moins que la leur. M. Dujardin-Beaumetz, de son côté, avait expérimenté ces produits, avait consigné le résultats de ses recherches dans le tome II de sa *Clinique thérapeutique*, et inspiré la thèse de M. Davet (1880).

J'ai donc conclu que le baptisin et le juglandin sont des laxatifs qui peuvent rendre des services incontestables, mais que le phytolaccin, plus sûr dans ses effets, peut enrichir d'un agent précieux la thérapeutique de la constipation.

Relativement au sanguinarin, il doit être laissé de côté.

N° 105. — 1888. — *Sur un cas d'atrophie musculaire des quatre membres à évolution très rapide survenue pendant la grossesse et consécutivement à des vomissements incoercibles. Note lue à l'Académie de médecine dans la séance du 27 novembre 1888. Ce mémoire a été l'objet d'un rapport à l'Académie de M. Féréol.*

(*Union médicale*, 1889.)

En 1887, j'ai observé, avec MM. Pinard et Geoffroy une dame qui, à une troisième grossesse, survenue dans un état d'anémie

et de faiblesse datant déjà de longtemps, fut prise de vomissements qni ne tardèrent pas à devenir incoercibles. Tous les moyens usités en pareil cas, y compris les injections hypodermiques de morphine et les inhalations d'oxygène, demeurèrent à peu près sans résultat. Seuls, les pulvérisations répétées d'éther, sur la poitrine, la face, le creux épigastrique et les lavements de chloral apportaient quelque soulagement. L'opportunité d'une intervention chirurgicale fut sonvent discutée. Mais, malgré les sollicitations d'une famille qui ne voyait que trop l'imminence du péril, nous nous y refusâmes toujours, espérant qu'ainsi qu'il arrive souvent en pareil cas, les vomissements céderaient spontanément vers le quatrième mois. Dans le dernier tiers du mois de juin nos espérances, malgré la violence et la répétition des vomissements, semblaient recevoir un commencement de réalisation et justifier notre abstention, lorsque la mère de la malade m'annonça que sa fille ne pouvait plus remuer les jambes. Il y avait, en effet, une impotence des deux membres inférieurs, complète à droite, un peu moins accusée à gauche.

Il y avait une paraplégie absolument flasque. Les membres inférieurs n'étaient pas seulement amaigris, mais les masses musculaires avaient presque disparu, dans certaines régions particulièrement. La sensibilité cutanée était respectée dans see différents modes. L'athénésie s'accompagnait dans les membres paralysés, de fourmillements, d'un sentiment de brûlure, de constriction autour de leurs différents segments. Les réflexes étaient abolis. La contractilité électrique l'était également. Le courant maximum d'un appareil Volta-faradique de Gaiffe ne provoquait de contraction dans aucun muscle. Ces explorations étaient douloureuses.

Trois ou quatre jours plus tard, les membres supérieurs étaient envahis à leur tour. Très inquiets sur le dénouement, nous nous demandions si cette atrophie musculaire à marche suraiguë qui s'était déjà attaquée aux quatre membres n'allait pas aussi envahir les muscles de la respiration. Après discussion approfondie nous tombâmes d'accord, alors que nous nous étions refusés jusqu'ici à toute intervention active, qne l'expulsion du fœtns était la suprême ressource d'une situation immédiatement menaçante. L'opération fut pratiquée par le M. Pinard. Les suites de conches, soignées avec des précautions antiseptiques furent des plus simples.

A partir de ce moment, la santé s'améliora à vue d'œil, mais l'atrophie et l'impuissance des membres persistaient comme au moment de l'avortement. Il fallut, pour en triompher, plus de deux ans de traitement, par des séjours répétés à la campagne, l'enveloppement dans le drap mouillé, l'électrisation avec des courants galvaniques brusquement renversés, composés de quarante-quatre à cinquante-deux éléments.

Quelle interprétation faut-il donner à cette curieuse observation, peut-être unique, à cette paralysie survenue dans de si curieuses circonstances? Après avoir rejeté, après discussion, différentes hypothèses, celle de l'hystérie, d'une pseudo-paraplégie engendrée par la compression dans le bassin des gros troncs nerveux par périmétrites de localisations diveses, nous nous sommes arrêtés à l'idée de névrites parenchymateuses infectieuses. Je terminais en insistant sur les résultats thérapeutiques remarquables obtenus au moyen de l'élcctricité et de l'hydrothérapie.

N° 106. — 1889. — *Compte rendu des travaux de la Société médicale des Hôpitaux pour 1889.*

(*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 1889.)

N° 107. — 1890. — *Rapport sur un mémoire sur la grippe à Saint-Lô.*

(*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 1890.)

N° 108. — 1890. — *Sur la méthilacétamilide ou exalgine. Mémoire lu à l'Académie de médecine le 7 octobre 1890.*

(*Bulletin général de Thérapeutique*, numéro du 15 février 1891.)

Signalée pour la première fois à l'attention du corps médical dans une note lue à l'Institut au mois de mars 1889, par M. Dujardin-Beaumetz pour ses propriétés remarquablement analgésiques la méthilacétanilide ou exalgine a été l'objet de la thèse de M. Gaudineau, d'une communication au congrès international de thérapeutique de M. Bardet, de travaux de Fraser, de Ferreira, de Binet (de Genève). Je l'ai moi-même étudiée avec soin pendant

près de dix-huit mois. C'est un corps de la série aromatique qui présente cet intérêt particulier que c'est le premier agent analgésique de cet ordre que nous devons à des producteurs français, MM. Brigonnet et Naville.

En dehors de l'action thérapeutique, il est intéressant d'envisager les effets physiologiques produits chez l'homme. Ils témoignent presque tous de l'action spéciale de ce nervin sur le bulbe, sur le système cérébro-spinal.

En tête de l'impression produite sur le cerveau, il faut signaler les diverses variétés de vertiges que j'ai décrites minutieusement. Puis viennent quelques autres phénomènes qui révèlent une action formelle sur la moelle et les nerfs. Quand on arrive à la dose de 75 centigrammes, on peut enregistrer, mais par exception, de la cyanose, ce qui n'avait pas encore été noté avant moi, au moins en ce qui concerne l'exalgine. Cette cyanose est légère. Il faut même avoir l'habitude de l'observer pour ne pas la laisser échapper. Elle ne rappelle en aucune façon la cyanose des grandes maladies du cœur. Le bord libre des lèvres est à peine modifié, et, sur la peau des lèvres supérieure et inférieure, du sillon naso-labial, s'estompe une légère teinte d'un gris bleuâtre qui disparaît rapidement par la cessation de l'emploi de l'exalgine.

M. Hénocque, en faisant l'analyse spectrale du sang d'une femme présentant cette cyanose, a pu s'assurer que l'altération du sang n'allait pas jusqu'à la production de méthémoglobine, circonstance relativement rassurante sur la portée de cet accident. Aussi cette parésie des globules, en dehors de la coloration anormale, n'entraîne aucun phénomène dysoxémique. Néanmoins, il y a dans l'apparition de la cyanose, une invitation à redoubler de circonspection dans le maniement du médicament, d'autant plus que l'analyse spectroscopique a révélé à M. Hénocque une diminution de l'oxyhémoglobine en rapport avec la destruction d'un certain nombre d'hématies.

L'exalgine aurait donc des propriétés anémiantes qu'elle partagerait avec les autres agents anti-thermiques nervins.

Un des points intéressants de l'administration de l'exalgine est la facilité avec laquelle elle est tolérée par le tube digestif.

La question de posologie a soulevé des discussions. On a conseillé les doses de 50 à 60 centigrammes en vingt-quatre heures.

J'ai montré qu'on peut arriver, sans danger, à des doses beaucoup plus élevées de 1 gramme, de 1 gr. 25, de 1 gr. 50. Deux fois même je suis allé à 1 gr. 75. Mais il faut avoir soin de fractionner et d'espacer les doses. Je ne donne pas plus de 25 centigrammes à la fois.

L'exalgine n'est ni un anti-thermique ni un hypnotique. Mais c'est un remarquable analgésique. Les maladies dans lesquelles elles m'ont donné le plus de succès sont les névralgies et notamment les névralgies faciales. Elles représentent une notable partie de mes observations. C'étaient le plus ordinairement des névralgies congestives reconnaissant pour cause le froid ou l'état rhumatismal. Quant aux névralgies sciatiques, j'ai eu des échecs. On sait combien cela est fréquent dans cette maladie. J'ai eu cependant quelques succès dignes d'intérêt. Les névralgies viscérales sont aussi justiciables de l'exalgine.

Comme Fraser et Ferreira, j'ai également combattu avantageusement les douleurs fulgurantes de l'ataxie locomotrice.

J'ai conclu en disant que la thérapeutique vient de s'enrichir d'un précieux analgésique qui n'est d'ailleurs ni hypnotique, ni anti-thermique. Il peut réussir là où les autres analgésiques de même ordre ont échoué. Ses quelques insuccès ne sauraient le faire mettre de côté. Seulement, c'est un médicament énergique, qui doit être manié avec précaution par le médecin, et qu'on ne doit pas livrer aux fantaisies du public, comme on le fait tous les jours d'une manière imprudente pour l'antipyrine.

Quant aux quelques cas de prétendus empoisonnements sans gravité d'ailleurs, qui ont été publiés, ils ne soutiennent pas l'examen.

N° 109. — 1891. — *De l'œdème rhumatismal.*

(*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 1891.)

En 1879, l'œdème rhumatismal, ou du moins une des formes de l'œdème rhumatismal avait été décrit par M. Verneuil. En 1882, dans un mémoire lu à l'Académie de médecine, M. Potain qui avait vu un assez grand nombre de cas de cette maladie essentiellement chronique liée à une diathèse éminemment chronique elle-même, l'arthritisme, en avait complété la

description dans les différentes régions où il l'avait observée, insisté sur son étiologie, sur ses causes déterminantes, celles qui, chez les arthritiques, président volontiers à la genèse de l'œdème, plus fréquent chez les femmes que chez les hommes, sur l'influence de l'état névropathique, des émotions vives, de l'impression du froid, et sur les influences réflexes.

En me basant sur los travaux de M. Verneuil et de M. Potain, et sur ma propre observation, j'ai tracé à grands traits les symptômes de l'œdème rhumatismal, j'ai établi les difficultés du diagnostic de cette affection encore insuffisamment connue.

Le diagnostic de l'œdème rhumatismal, après qu'on a constaté l'existence de l'arthritisme personnel ou héréditaire, ne pout, on ne saurait trop le répéter, s'établir que par exclusion.

Donc, lorsqu'on se trouve en face d'un de ces œdèmes ou isolés ou multiples, quelles que soient leurs localisations, si aucun trouble fonctionnel n'existe du côté du cœur, si les bruits sont normaux, s'il n'existe aucun signe de maladies des reins, si surtout des examens répétés permettent d'affirmer que l'albuminurie est absente, il y a déjà de fortes présomptions pour qu'on ait affaire à un œdème rhumatismal. La certitude est presque acquise si on trouve chez le sujet lui-même ou dans ses ascendants ou ses collatéraux, quelques-uns des stigmates variés du rhumatisme et notamment des douleurs et des déformations des articulations. Il faut s'assurer également que l'urticaire, et notamment l'*urticaria evanida* qui peut elle-même relever du rhumatisme et qui est une cause puissante d'œdème, ne se rencontre pas chez le malade.

J'ai précisé ensuite les moyens de distinguer l'œdème rhumatismal de la *phlegmatia alba dolens*, de l'anasarque *a frigore*, de l'œdème du myxœdème qui présente avec lui la plus étroite ressemblance. Enfin j'ai montré que si on pouvait le distinguer de l'éléphantiasis des Arabes, cela était parfois très difficile, et, à cette occasion, j'ai rapporté dans tous ses détails l'histoire extrêmement rare d'une malade de mon service, rhumatisante, atteinte d'œdème rhumatismal, ainsi que l'a reconnu M. Potain et chez laquelle la ressemblance avec l'éléphantiasis était telle que, d'une part on a voulu la reproduire dans la clinique iconographique de la Salpêtrière sous le titre d'éléphantiasis nostras, ce que je n'ai pas accepté, et que, d'autre part, la photographie

de la moitié inférieure du corps d'une véritable éléphantiasique insérée dans ce Recueil, répondait exactement à l'aspect de la moitié inférieure du corps de ma malade.

La thérapeutique instituée contre le rhumatisme de cette femme et contre son œdème a présenté un intérêt particulier tiré de la nouveauté du moyen employé et des résultats obtenus.

M. Féréol m'avait recommandé, pour les beaux résultats obtenus dans son service dans des formes graves de rhumatisme, M. Barthe de Sandfort, ancien médecin aux eaux de Dax, qui venait pour inaugurer à Paris le traitement des rhumatismes rebelles par les applications des boues sulfatées de Dax, réchauffées avec de l'eau de Dax portée au bain-marie à de hautes températures.

Je savais, d'autre part, que M. Constantin Paul avait retiré dans sa pratique nosocomiale et dans sa pratique civile de grands bénéfices de ce traitement. J'invitai M. Barthe de Sandfort à l'employer chez ma malade.

Les boues réchauffées, ainsi que je l'ai dit, étaient appliquées directement en couches épaisses sur la peau, pendant vingt-quatre heures pendant les huit à dix premiers jours. Le matin, on les enlevait par le lavage, puis on en étendait de nouvelles de la même manière. Dans la dernière moitié du traitement, qui dura vingt-cinq jours, les applications n'étaient plus que de douze heures sur vingt-quatre, la malade trouvant que leur continuité absolue la fatiguait trop. Elles furent interrompues au bout de ce temps pour des raisons étrangères à des considérations thérapeutiques. Quoi qu'il en soit, voici les résultats obtenus. Ils ont été satisfaisants.

L'œdème a diminué dans de grandes proportions ainsi que l'ont démontré les mesures que j'ai données. Les douleurs spontanées ont disparu. La malade pouvait se tenir debout sans trop souffrir, alors que la station debout était impossible. Les mouvements du pied sont redevenus possibles alors qu'avant ce traitement ils étaient impossibles. Or, avant ces illutations, tous les traitements ordinairement mis en œuvre contre le rhumatisme avaient échoué. Peut-être la guérison eût-elle été obtenue si le traitement avait pu être continué. Aujourd'hui, j'emploie avec un certain succès le massage. La malade n'est pas encore guérie; mais elle est très améliorée.

N° 110. — 1891. — *Un nouveau fait de nombreux lipomes diffus, symétriques, d'origine arthritique, par M. le Dr Desnos, et note sur une variété de tumeur lipomateuse intermédiaire entre le pseudo-lipome et le lipome varié, par M. le professeur Potain.*

(*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 1891.)

La question des lipomes, des pseudo-lipomes et des œdèmes rhumatismaux, était depuis quelque temps à l'ordre du jour de la Société médicale des Hôpitaux.

Après mon étude sur l'œdème rhumatismal au mois de février, M. Bucquoy, au mois de juin, avait présenté un homme atteint de lipomes multiples, diffus et symétriques. Les documents historiques et bibliographiques fournis par M. Bucquoy, ainsi que les réflexions dont il a accompagné la présentation de son malade constituent une importante contribution à l'étude de ces affections. A mon tour, j'ai rapporté un nouveau fait du même ordre. Ces cas sont relativement rares et encore peu connus. Mon observation avait trait à une dame que j'avais reçue dans mon cabinet depuis la présentation de M. Bucquoy. Elle m'était adressée par son médecin pour avoir mon opinion sur la nature de sa maladie. Il n'avait, disait-il, jamais rien vu de semblable, ce qui est loin d'être étonnant.

Cette dame, véritable type d'arthritique, offrait sur tout le corps des tumeurs rappelant par leur consistance, ici plus molle, presque fluctuante; là, plus dure, plus résistante, granuleuse en certains points, soit les lipomes, soit ce qu'on a décrit sous le nom de pseudo-lipomes. Je ne les ai pas comptées, mais je puis dire qu'elles étaient très nombreuses. Elles occupaient de préférence les membres supérieurs et inférieurs, les avant-bras, les bras et les cuisses sur leur face externe. Il en existait quelques-unes, mais en beaucoup moins grande quantité sur les parties latérales du tronc. Leur grosseur variait du volume d'une cerise à celui d'une petite pomme. Il paraît qu'il y en a eu de grosses au cou; mais elles étaient, au moment de mon observation, en voie d'extinction, et on n'en trouvait plus que des traces dans les fosses sus-claviculaires. La diminution de volume et même la résolution complète de ces intumescences, n'est pas très exceptionnelle dans les cas de ce genre.

Avec M. Bucquoy, je considère ces lipomes diffus, symétriques, comme étant d'origine nerveuses, comme dus à des trophonévroses entraînant des dystrophies adipeuses qui engendrent des lipomes. Seulement, j'ai pensé, en me séparant de lui par de simples nuances d'opinion, que M. Bucquoy ne faisait pas une assez grande part à l'importance prédominante du rhumatisme dans l'étiologie de ces tropho-névroses lipomateuses.

D'ailleurs, on peut voir chez le même sujet rhumatisant la transformation d'un pseudo-lipome en lipome graisseux. C'est ce qui ressort d'un travail encore inédit que j'ai eu la bonne fortune d'obtenir pour la Société, de M. Potain qui a eu l'occasion unique, je crois, de faire l'autopsie d'un rhumatisant qu'il suivait depuis longtemps et atteint d'une proportion considérable de lipomes.

Après avoir rappelé que les pseudo-lipomes ne sont qu'une localisation spéciale de l'œdème rhumatismal chronique, partageant avec celui-ci l'aptitude à des changements de volume presque soudains qui ne peuvent guère s'expliquer qu'en supposant une infiltration rapide de tissu cellulaire par la sérosité, M. Potain se demande comment il se fait que, à l'inverse de la plupart des autres œdèmes, celui-ci ne reçoit ou du moins ne garde en aucune façon l'impression du doigt et semble toujours élastique; pourquoi, comme dans les autres œdèmes, la sérosité ne chemine pas aussi facilement dans les mailles du tissu cellulaire. M. Potain a cru pouvoir se l'expliquer en imaginant que la sérosité, au lieu d'être épanchée dans les interstices des éléments du tissu conjonctif pouvait infiltrer ces éléments eux-mêmes et s'y trouver contenue. Mais il manquait à son hypothèse l'appui d'une démonstration anatomique. Celle-ci lui fut fournie par la mort d'un malade emporté rapidement par une pneumonie.

Ce vieillard, arthritique, portait sur tout le corps un grand nombre de petites tumeurs lipomateuses dont le volume variait de celui d'une noisette à celui d'une petite pomme d'api. Un jour, cet homme, étant descendu au jardin et ayant séjourné longtemps sur un banc par un temps frais et humide, fut pris de frissons de fièvre pendant la nuit, d'une douleur à la face interne de la cuisse en un point où le matin il montrait une tumeur nouvelle, d'un volume relativement considérable qui s'approchait de celui d'une orange. Le lendemain, elle avait diminué au moins d'un tiers,

peut-être de moitié; ce qui dénotait tout au moins une aptitude à des changements singulièrement brusques de volume. Par là, on était induit déjà à présumer qu'il ne pouvait guère s'agir d'autre chose que d'une sorte de fluxion séreuse localisée dans le tissu cellulaire sous-cutané.

A l'aide du harpon de Duchenne, employé avec les précautions antiseptiques requises, M. Potain enleva une parcelle microscopique de la tumeur, et en fit autant pour une des petites tumeurs anciennes.

A l'examen des deux parcelles de tissu, il trouva que la première, celle provenant de la tumeur la plus récente, était formée de cellules adipeuses, serrées les unes contre les autres, volumineuses, pâles et très claires. L'autre montrait aussi exclusivement les mêmes cellules, mais plus petites, moins claires et d'une teinte un peu brune. C'était donc bien une sorte de bouffissure du tissu cellulaire graisseux qui constituait cette tumeur. Et il semblait qu'en vieillissant, l'infiltration séreuse primitive eût été remplacée par une simple accumulation de graisse.

Après la mort, l'examen des tumeurs ne montra, aussi bien dans la dernière tumeur que dans les autres, rien de plus qu'un tissu lipomateux ordinaire. On avait donc eu affaire à des lipomes, mais à des lipomes d'une espèce particulière, susceptibles d'une croissance extraordinairement rapide; toutes circonstances qui les éloignaient du lipome vrai et les rapprochaient au contraire des pseudo-lipomes.

Nous sommes donc autorisés, dit M. Potain, à ranger le fait rapporté plus haut sur la limite du lipome vrai et du pseudo-lipome entre lesquels il paraît établir une sorte de transition. Il ajoute : l'étude approfondie de faits de ce genre jetterait sans doute quelque lumière sur la genèse des affections pseudo-lipomateuses et sur leurs rapports avec les œdèmes rhumatismaux.

Aussi avais-je réservé cette observation recueillie à l'hôpital Necker dans l'espoir d'en rencontrer quelque autre semblable qui permît une analyse plus approfondie. Le sort ne m'a pas jusqu'ici favorisé sous ce rapport. Mais je me fais un plaisir de livrer le fait, tel qu'il est, à mon collègue et ami le Dr Desnos, et d'apporter ainsi mon contingent pour la communication qu'il destine à la Société des hôpitaux.

N° 111. — 1891. — *Sur un cas de défécation par la bouche.*

(*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 1891.)

Chez un hystérique évadé d'un asile des environs de Paris, j'ai observé un cas de défécation par la bouche. C'est à l'hystérie que j'ai cru devoir rattacher ce curieux phénomène. Si rare que soit cet accident, il en a cependant été observé trois exemples, par M. Jaccoud, par M. Legendre, et enfin par Cherchewski. Les deux premiers avaient trait à deux femmes hystériques; le troisième, publié dans la *Revue de médecine*, avait été observé chez un homme non hystérique, occupant en Russie une haute situation.

La défécation chez ce jeune homme, considéré dans l'asile comme épileptique, hystérique et somnambule, durait depuis un an. Elle a eu lieu deux fois devant la surveillante et devant l'interne du service, en l'espace de trois jours. Les matières rendues étaient moulées, de consistance un peu molle, de couleur brun foncé. Elles avaient, en un mot, l'aspect de matières qui séjournent dans le gros intestin. Les évacuations ne contenaient pas d'aliments, bien qu'elles eussent lieu le soir, une heure seulement après le repas. Cette sélection bizarre des matières fécales et des aliments récemment ingérés, n'était pas un des traits les moins curieux de cette curieuse histoire. Toutefois, si singulier qu'il puisse être, ce vomissement des matières alvines, à l'exclusion des aliments pris une heure auparavant, ne saurait faire conclure à son impossibilité. C'est un fait connu dans quelques gastropathies et même dans le cancer, que le vomissement de certaines substances, alors que des aliments pris en même temps sont conservés.

Les précautions avaient été prises pour éviter la possibilité d'une fraude.

N° 112. — 1891. — *Sur un fait de syringomyélie.*
(*Présentation de malade.*)

(*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 1891.)

La dégénérescence gliomateuse du canal central de la moelle ou syringomyélie ayant été depuis quelques années portée plu-

sieurs fois à l'ordre du jour des études de la Société et les faits qui s'y rattachent étant assez rares, j'ai pensé qu'il pouvait être de quelque intérêt pour elle de voir un sujet atteint de cette affection à son début, offrant quelques anomalies qui, sans un examen scrupuleux, pourraient la faire confondre, comme cela est arrivé, en effet, avec une maladie dont la rapprochent plus d'un trait de ressemblance, c'est-à-dire la myélite des cordons antéro-latéraux.

Le sujet malade de mon service que j'ai étudié avec M. Babinski présente aux membres inférieurs et même aux membres supérieurs une parésie plus accentuée à droite qu'à gauche, avec exagération des réflexes et phénomènes d'épilepsie spinale, offrant en un mot des symptômes de paralysie spasmodique. Comme troubles trophiques, on n'a à signaler du côté de la peau qu'une moiteur persistante des mains et des pieds; mais, du côté du système musculaire, on constate de l'atrophie du biceps brachial, des muscles des éminences thénar (surtout de l'adducteur du pouce), hypothénar et des inter-osseux.

L'examen électrique a montré qu'il y a diminution parallèle de l'excitabilité électrique et faradique au niveau des muscles de l'éminence thénar gauche, beaucoup plus marquée au niveau de l'adducteur.

La sensibilité offre dans ses différents modes une dissociation caractéristique. Si la sensibilité au contact est indemne, la sensation à la douleur et la sensation de température sont absolument perdues. Il existe dans les mêmes points analgésie et thermo-anesthésie. — Symptôme important pour le diagnostic, le malade présente un certain degré de scoliose. — Il a eu la syphilis.

Bien que la maladie actuelle ne doive pas être rapportée à la syphilis, celle-ci a pu jouer le rôle de cause occasionnelle. Cette cause a été signalée dans la syringomyélie. Du reste, un traitement spécifique rigoureux a complètement échoué.

Nous avons établi le diagnostic différentiel avec l'*atrophie* Aran-Duchenne, avec la *sclérose latérale amyotrophique*, la *myéliteidiffuse*, le *tabes*, la dissociation de la sensibilité ayant été notée chez un tabétique par MM. Charcot et Parmentier, et enfin l'hystérie dans laquelle M. Charcot a montré la possibilité de la dissociation de la sensibilité, de même que depuis les tra-

vaux de MM. Charcot et Babinski, les neuro-pathologistes admettent la réalité de l'amyotrophie hystérique.

Il est intéressant de noter que, dans cette observation, l'affaiblissement musculaire et les phénomènes spasmodiques constituent l'élément clinique prédominant, tandis que d'habitnde les troubles sensitifs, l'amyotrophie occupent le premier plan du tableau symptomatique. C'est ce qui fait de ce cas une forme anormale intéressante de syringomyélie.

N° 113. — 1891. — *Ecchymose spontanée et tumeur du biceps.* (*Présentation de malade.*)

(*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 1891.)

J'ai présenté à la Société un malade qui a paru l'intéresser vivement. Cet homme se plaignait d'avoir mal au bras droit depuis trois jours. Et, en effet, le bras, l'avant-bras étaient le siège d'une vaste ecchymose avec ses diverses teintes dégradées, s'étendant depuis l'épaule jusqu'au poignet. En outre, à la partie moyenne ou plutôt à la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs du biceps, on trouvait, par la palpation, une tumeur siégeant dans ce muscle, du volume d'un petit œuf de poule, mal délimitée au milieu du sang épanché qui l'entourait. Elle n'était guère douloureuse spontanément et la pression n'y déterminait qu'une douleur d'une médiocre intensité.

Quant à la nature, à l'origine de l'hémorragie, après avoir dû éliminer un traumatisme, une rupture musculaire par effort, une gomme scrofuleuse ou syphilitique, une attaque de scorbut, un infarctus, on était amené à penser, avec M. Marie, qu'il s'agissait d'une hémorragie spontanée tabétique et d'une tumeur représentant une myosite ossifiante de même nature, d'autant plus que chez le malade, les réflexes rotuliens étaient abolis. Il n'y a guère que chez les tabétiques que se produisent les ecchymoses spontanées de ce genre.

Lorsque j'ai présenté ce malade, sous l'influence du repos, de l'application de compresses imbibées d'eau boriquée additionné d'eau-de-vie camphrée et de l'usage interne de 2 grammes d'iodure de potassium par jour, l'ecchymose était en voie de disparition, et la myosite diminuait de volume. Cet homme ne souffrait plus et demandait à reprendre son travail.

N° 114. — 1891. — *Action thérapeutique de l'ozone.*

Depuis plus d'un an, j'ai poursuivi avec MM. Hellet, D. Labbé et Oudin, l'étude de l'emploi des inhalations d'ozone dans le traitement de la phtisie pulmonaire et de l'anémie. Les résultats favorables de l'emploi de ce traitement sont formels dans un certain nombre de cas de tuberculose. Lorsqu'il réussit chez les sujets dont la maladie n'est pas trop avancée, on observe une augmentation parfois considérable de l'appétit avec laquelle marche de pair, le plus ordinairement mais non toujours, une augmentation de poids.

Les bruits morbides persistent souvent malgré la grande amélioration ou même l'excellence de l'état général. Cependant, chez certains sujets, ils diminuent et peuvent même disparaître. L'anémie, également, diminue. La fièvre, si elle n'est pas violente, continue, n'est pas une contre-indication au traitement. Il en est souvent de même des hémoptysies qui peuvent même disparaître sous son influence. On lui a objecté les propriétés irritantes de l'acide nitreux contenu dans l'ozone. Cette objection serait capitale si elle pouvait s'appliquer à l'ozone fourni par les deux appareils ozoneurs de M. D. Labbé qui fonctionnent dans mon service. Mais la présence de l'acide nitreux dans l'ozone dépend du procédé employé pour le produire. Or, dans l'appareil de M. D. Labbé où l'ozone est formé par effluves, il ne se dégage pas d'acide nitreux.

Voici la copie de la note que lui a adressée à ce sujet M. le professeur Schutzenberger, et destinée à être publiée dans le journal l'*Électrothérapie :* « Cher Monsieur, j'ai fait passer à travers une solution de potasse pure le gaz ozoné sortant de votre appareil. L'opération a duré 10 heures en consommant environ 80 litres d'air.

« La dose d'acide nitreux, s'il s'en est formé, n'a pas été appréciable au moyen de dosages les plus délicats.

« Il résulte de là que la proportion de ce corps est trop faible pour que l'on puisse lui attribuer une action quelconque dans les expériences que vous poursuivez sur l'ozone. »

En résumé, l'ozonothérapie doit être considérée comme pou-

vant être une ressource précieuse dans une maladie contre laquelle la thérapeutique reste trop souvent désarmée.

J'ai obtenu également de très bons résultats de l'emploi de l'ozone contre l'anémie.

Les améliorations et même les guérisons qui ne sont pas rares ont été appréciées non seulement par l'étude des symptômes classiques de l'anémie; mais encore par la quantité de l'oxyhémoglobine évaluée à l'aide du spectroscope.

Le résumé des résultats thérapeutiques obtenus par moi dans la phtisie a été consigné dans un travail de MM. D. Labbé et Oudin, dont les conclusions ont été lues à l'Académie de médecine, puis qui a été communiqué quelques jours plus tard au Congrès de la tuberculose. Il a été, en très grande partie, reproduit dans le *Journal de Médecine de Paris.*

N° 115.

Au nom de la Société médicale des Hôpitaux, j'ai fait les éloges de Pidoux, Woillez, Hillairet (*Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux*, 1882); d'Archambault, de Lasègue, (*Ibidem*, 1883); de Rathery, d'Oulmont, de Moreau (de Tours), (*Ibidem*, 1884; de Gallard, (*Ibidem*, 1887).

Paris. — Typographie Gaston Née, 1, rue Cassette. — 5625.